Beiträge zur Pathologie und Therapie

der

Crises gastriques bei Tabes dorsalis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 3. November 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Franz Roestel

aus Wien.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Hoff.
- Dr. med. Sturmann.
- Cand. med. Neitzke.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0244

(Aus der I. med. Klinik zu Berlin.)

Seit in den letzten zwei Jahrzehnten unsere Kenntnisse über die Tabes dorsalis durch die zahlreichen und mannigfachen Beobachtungen bedeutender Forscher erweitert und gesichert worden sind, wissen wir, dass Erscheinungen von Seiten innerer Organe sich häufig dem Bilde der Tabes zugesellen. Im Anfang hielt man diese für Complicationen, heute betrachtet man sie allgemein für Symptome. Wenn sie sich auch keineswegs regelmässig finden, so ist ihr Wesen doch ein so bestimmtes, dass man sie nicht als etwas Zufälliges, wie es jede Complication sein würde, ansehen kann, sondern sie völlig als Symptom würdigen muss. Dies ist besonders in den Fällen von grösster Wichtigkeit, wo sie, wie dies relativ häufig schon beobachtet ist, als einziges Frühsymptom auftreten. Zu den häufigeren Symptomen dieser Art bei Tabes dorsalis gehören die Crises gastriques. Sie finden sich in ca. 30 % aller Fälle von Tabes und sind diejenigen Krisen, welche am häufigsten gerade als Frühsymptom beobachtet worden sind. Sie verursachen dem Patienten meist grössere Beschwerden, als ihm aus den eigentlich tabischen Symptomen, den lancinierenden Schmerzen, dem Gürtelgefühl und der Ataxie erwachsen. Die ersten Beobachtungeu über intestinale Erscheinungen bei Tabes stammen aus den Jahren 1851 und 1858. Schon Duchenne, dem wir nächst Romberg überhaupt die umfassendere Kenntnis der Tabes und ihre Differenzierung von anderen chronischen Rückenmarks-

krankheiten verdanken, deutet das Vorkommen gastrischer Krisen an. Topinard erwähnt anffallsweis auftretendes Erbrechen, das im Beginn, Verlauf und gegen Ende der Tabes auftreten könne, betrachtet aber diese Anfälle noch als Complication, nicht als Symptom der Tabes. Nach ihm hat Delamarre genauer auf die gastrischen Krisen hingewiesen; er giebt 41 Fälle eigener Beobachtung an, in denen sich gastrische Symptome zeigten. Fournier hat, wie alle bei Tabes beobachteten Krisen, auch die gastrischen, in verschiedene Arten eingeteilt, doch erscheint diese Einteilung ziemlich willkürlich, was auch natürlich ist, da die einzelnen Unterarten nicht streng zu scheiden sind, weil sie oft in einander übergehen und einander complicieren. Diagnostisch verwertet und auf ihre hohe Bedeutung nach dieser Seite hin aufmerksam gemacht, hat Charcot in einer unter seinen Auspicien geschriebenen Thèse von Dubois. Von Charcot stammt der Name „Crises gastriques“ und die erste genauere Beschreibung derselben von seinem Schüler Dubois. Dieser schildert sie folgendermassen: „Palpitationen, blitzartige Schmerzen in der Praecordialgegend, Gefühl von Auftreibung des Magens und Unterleibes kündigen diese Störungen an. Ein oder zwei Tage später wird der Kranke von Brechneigung befallen, alsdann erfolgt wiederholtes Erbrechen (Ingesta, Galle, farblose Massen mit Blut vermischt), welches nur nach schmerzhaftester Anstrengung zustande kommt. Nach Verlauf einiger Tage stellt sich Diarrhoe ein, welche ein bis zwei Tage dauert. Während der ganzen Dauer der Krisen ist der Kranke blitzartigen Schmerzen preisgegeben, die zuweilen von der Regio pubica zum Epigastrium aufsteigen. Die lancinierenden Schmerzen in den Gliedern werden viel häufiger und heftiger. Bei Frauen folgen diesen Anfällen häufig ziemlich starke Metrorrhagien. Diese Erscheinungen finden sich im Be-

ginn am häufigsten aber in vorgerückteren Perioden der Krankheit". Diese etwas schematische Beschreibung der Crises gastriques passt im ganzen auf alle Fälle. Es könnte vielleicht noch hervorgehoben werden, was Eulenburg zuerst betont hat, dass die einzelnen Krisen in manchen Fällen aush ohne jede Prodrome, ganz plötzlich mit heftigstem Erbrechen beginnen und auch ebenso plötzlich aufhören können. Die Diarrhoe ist nach Friedreich keine constante Begleiterscheinung, sie fehlt einerseits oft ganz, besteht aber andererseits häufig längere Zeit. Ausserdem finden sich, worauf auch Friedreich zuerst hingewiesen hat, profuse Schweissbildungen und Salivationen, Friedreich hat sogar in einigen Fällen Diabetes insipidus beobachtet. Nächst diesen Autoren beschreibt Vulpian die gastrischen neben den übrigen, bei Tabes vorkommenden Krisen anderer Organe äusserst ausführlich. In allen späteren Handbüchern, Beschreibungen, Abhandlungen etc. (Erb, Eulenburg, Leyden, Strümpell, Westphal u. A. m.) sind sie in gebührender Weise gewürdigt worden.

Im Folgenden gebe ich zunächst die Krankengeschichte eines Patienten, der an Tabes dorsalis mit gastrischen Krisen leidet. Da dieselbe in mehrfacher Beziehung ein besonderes klinisches Interesse bietet, so erscheint sie einer genaueren Besprechung wert. Ich habe selbst Gelegenheit gehabt, den Patienten, um den es sich im Folgenden handeln wird. während beinahe zweier Jahre auf deu I. medicinischen Universitätsklinik des Herrn Geh. Rat Leyden zu. beobachten.

H. J. Matschke, ist ein Mann von 44 Jahren. Sein Vater starb an einer Blutvergiftung, die Mutter an der Cholera, ein Bruder an der Schwindsucht, zwei andere Geschwister am Schlagfluss, er ist allein von seiner Familie noch am Leben. Seine Mutter, sowie seine ver-

storbene Schwester litten nach des Patienten Aussage seit ungefähr ihrem 18. Lebensjahre an periodisch wiederkehrenden Anfällen von galligem Erbrechen, welche im Laufe der Zeit stetig an Heftigkeit zugenommen haben. Die Mutter litt bis an ihr Lebensende an diesen Anfällen, bei der Schwester sollen sie sich bald nach der Verheiratung verloren haben. Patient selbst machte als zehnjähriger Knabe das „Nervenfieber“ durch. Vom 17. bis zum 20. Lebensjahr litt er an einem chronischen Kehlkopf- und Bronchialcatarrh und hatte zweimal einen Blutsturz. Von diesen Leiden wurde er durch Bäderbehandlung wieder völlig hergestellt. Im Alter von 26 Jahren bekam er Magenkrämpfe in derselben Weise, wie sie seine Mutter und Schwester gehabt hatten; diese gingen mit Appetitlosigkeit, Gallenerbrechen und Oppressionsgefühl auf der Brust einher. Sie pflegten 4 bis 5 Tage anzudauern und verschwanden plötzlich, wie sie auch gekommen waren, ohne Anwendung von Medicamenten. Solche Anfälle wiederholten sich damals zwei- bis dreimal im Jahre, in der Zwischenzeit fühlte Patient sich völlig wohl. Nach einigen Jahren nahmen sie indes an Heftigkeit zu. Sie traten häufiger auf, begannen nicht mehr plötzlich, sondern allmählich, waren von stärkerer Intensität und schwanden nach Ansicht des Patienten durch Behandlung mit Pulvern, deren Qualität ihm unbekannt ist, auch wieder allmählich, nachdem sie jetzt zwei bis drei Wochen angehalten hatten. Während dieser Zeit hat Patient fast gar keine Nahrung zu sich nehmen können und hat stets sehr viel an Körpergewicht verloren, was sich jedoch bei gutem Appetit und völligem Wohlbefinden immer bald wieder ersetzte. Patient ging während all dieser Jahre seiner Arbeit nach. Er war Hausdiener und hatte als solcher viel im Keller zu thun, hierbei glaubt er sich sein jetziges Leiden vor nunmehr 8 Jahren zugezogen zu haben: Mitten bei der

Arbeit verspürte er einmal ganz plötzlich eine Schwäche und heftiges Zittern im rechten Bein, so dass er sich nicht aufrecht halten konnte. Er musste sich hinsetzen, hatte sich aber nach anderthalb Stunden wieder so weit erholt, dass er ohne Stock zu einem Arzt gehen konnte, welcher ihm Einreibungen verordnete. Am anderen Morgen bemerkte er, dass sein rechtes Bein, in welchem er an diesem Tage blitzartige Schmerzen verspürte, im ganzen stark angeschwollen war. Diese Schwellung ging nach einigen Tagen von selbst wieder zurück, die Schmerzen aber blieben und traten sehr bald auch im anderen Bein, in den Armen, sowie im Rücken auf. Einige Wochen nach dem eben geschilderten Vorfall stellten sich auch Gürtelschmerzen über den Hüften ein. Patient that seine Arbeit ungestört weiter, trotzdem die Schwäche und Unsicherheit, welche sich auch nach und nach dem anderen Bein mitteilten, stetig zunahmen. Während dieser Zeit dauerten auch die periodischen Magenkrämpfe mit Erbrechen fort.

Ein Jahr später, im Herbst 1888, suchte Pat. das Städt. Krankenhaus Moabit in Berlin auf. Hier wurde ihm gesagt, dass er an einer chronischen Rückenmarkskrankheit leide. Sein Magen wurde dort regelmässig ausgespült, im übrigen wurde Pat. elektrisiert und mit Suspension behandelt. Hierdurch wurde sein Zustand wesentlich gebessert, so dass er nach etwa zwei Monaten das Spital verlassen konnte. Seine frühere Thätigkeit nahm er nicht wieder auf, sondern er begann ein Handelsgeschäft, welches ihm einen auskömmlichen Lebensunterhalt gewährte. Zwei Jahre lang blieb er nun von Magenbeschwerden so gut wie ganz verschont, auch war er imstande ohne Stock ziemlich gut zu gehen, bis circa zwei Jahre nach Verlassen des Moabiter Krankenhauses eine Reihe von Anfällen solcher Intensität auftraten, dass er 3 Wochen lang gar keine Nahrung zu

sich nehmen konnte. Dies veranlasste ihn die Königl. Charité, in der er sich seitdem noch befindet, am 16. Februar 1891 aufzusuchen. Potus, Syphilis, sowie gonorrhoische Infection werden in Abrede gestellt. Die männliche Potenz hat zwar abgenommen, ist aber nicht ganz geschwunden.

Die damals vorgenommene Untersuchung des Pat. ergab folgenden Status praesens: Pat. ist ein mittelgrosser Mann von ziemlich kräftigem Knochenbau, äusserst schwacher und schlaffer Musculatur, sehr geringem Fettpolster. Das Gesicht ist von blassgelber Farbe, Wangen und Orbitae sind eingefallen. Der Blick ist star, der Gesichtsausdruck ruhig, leidend. Die Haut des Körpers ist gelblich gefärbt, trocken, spröde, in Falten abhebbar. Die Temperatur 36,5. Ödeme, Narben oder Exantheme finden sich nirgends. Der Puls (80) ist regelmässig, klein, etwas hart, die Arterie etwas sclerosiert. Die Atmung ist ruhig, costoabdominal, oberflächlich (25).

Auffällige Symptome: Grosse Magerkeit, starrer Blick, ataktischer Gang. Die Klagen des Pat. beziehen sich auf allgemeines Schwächegefühl, Gürtelschmerzen um den Leib, welche sich zur Zeit der sogleich zu schildernden gastrischen Zufälle erheblich steigern, zuckende Schmerzen in den Extremitäten und im Rücken. Am quälendsten sind für den Pat. periodisch wiederkehrende „Magenkrämpfe“. Diese kündigen sich meist an durch Beklemmungsgefühl auf der Brust, welchem rasch sich steigernde Magenschmerzen folgen. Letztere halten mehrere Stunden an und wiederholen sich während der folgenden Tage in Zwischenräumen von wechselnder Länge. Die Nahrungsaufnahme scheint auf den Anfall keinen directen Einfluss zu haben, Pat. ist aber während desselben nicht imstande irgend etwas zu geniessen. Auf der Höhe des Anfalls erfolgt nach gewöhnlich äusserst heftigem Aufstossen profuses Erbrechen zäher

galliger Massen. Die Menge des auf einmal Erbrochenen schwankt zwischen 250 und 600 cbcm. Auffällig erscheint, dass Pat. stets nur jene zähen galligen Massen erbricht und nie Speisereste, auch wenn sich das Erbrechen unmittelbar nach einer Mahlzeit einstellt. Bei dem letzten stärksten Anfall, welcher den Pat. veranlasst hatte das Spital aufzusuchen, hatte er auch starken Speichelfluss. Eine halbe bis eine Stunde nach dem Erbrechen fühlt sich Pat. dann wieder wohler und hat gewöhnlich mehrere Stunden, zuweilen einen ganzen Tag Ruhe bis eine neue Attaque erfolgt.

Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt nichts Auffälliges.

Digestionstractus: Die Lippen sind trocken, die Zunge ist etwas belegt, hintere Pharynxwand sehr trocken, Appetit gering, übler Geschmack im Munde, wenig Durst. Mehrmals am Tage profuses galliges Erbrechen, das Erbrochene ist von säuerlichem Geruch. Gesamtacidität = 3,0‰ Salzsäure und Peptongehalt. Der Stuhlgang ist etwas retardiert. Das Abdomen kahnförmig eingezogen. Die Untersuchung der Unterleibsorgane ergiebt keine Besonderheiten.

Nervensystem: Das Sensorium ist frei, kein Kopfschmerz, kein Schwindel oder Tremor. Der Schlaf ist schlecht. Motititätsstörungen zeigen sich an allen vier Ertremitäten, die Musculatur derselben ist atrophisch, besonders die der Beine. Der Händedruck ist schwach, beiderseits gleich. Die elektrische Untersuchung erweist der Atrophie entsprechend bei beiden Strömen geringe Herabsetzung:

Rechtes Bein:	Faradisch.	Galvanisch.
M. tibialis ant.	$5^1/_2$ RA	KaSZ 5 MA
- extensor dig. com.	$5^1/_2$ - -	- - - $4^1/_2$ - -
- peronaeus long.	$4^1/_2$ - -	- - - 5 - -
- gastrocnemius	$4^1/_2$ - -	- - - 5 - -
Mm. adductores	5 - -	- - - $3^1/_2$ - -

Rechtes Bein:	Faradisch.	Galvanisch.
M. quadriceps	3 R A	KaSZ 5 MA
- vastus ext.	2 - -	—
N. peronaeus	5 - -	- - - $2^1/_2$ - -
- cruralis	4 - -	- - - 4 - -

Der Gang des Pat. ist ausgesprochen ataktisch, er kann nur mit Hülfe eines Stockes gehen, hebt die Kniee hoch und tappt mit den Füssen sehr stark auf. Das rechte Bein wird etwas nachgezogen. Das rechte Knie wird stark nach hinten und aussen durchgedrückt. Die Gelenkverbindung ist etwas gelockert. Genu recurvatum. Am linken Bein dasselbe im geringerem Maasse. Romberg'sches Phänomen. Reflectorische Pupillenstarre, völliges Fehlen des Patellar- und Achillessehnen-Reflexes beiderseits, die Hautreflexe sind erhalten.

Die Sensibilität ist im ganzen etwas herabgesetzt. An dem Extremitäten zeichnen sich einzelne Partieen besonders aus, z. B. sind die Aussenseiten der Ober- und Unterschenkel gegen einfache Berührung mit einem Pinsel ganz unempfindlich. Nadelstiche werden überall an den Extremitäten ihrer Intensität nach nicht richtig unterschieden. Die Leitung ist erheblich verlangsamt. Das Unterscheidungsvermögen für Wärme und Kälte ist gleichfalls herabgesetzt, besonders auffällig an den Händen, wo Verwechslungen beider Qualitäten stattfinden. Bei passiven Bewegungen seiner Beine ist Pat. nicht imstande anzugeben, was mit denselben vorgenommen wird. Der Urin von 1020 spec. Gew. bei einer Menge von ca. 1000 cbcm wird willkürlich ohne Beschwerden entleert, er ist von gelbroter Farbe, er enthält kein Eiweiss.

Pat. wiegt 114 Pfd.

Der Zustand des Pat. änderte sich in den ersten Tagen wenig. Er klagte über fortwährende Magenschmerzen, Schlaflosigkeit, mangelnden Appetit und hatte während der ersten drei Wochen fast täglich Anfälle

von jenem oben beschriebenen Erbrechen. An manchen Tagen verspürte er nur einen intensiven Brechreiz und hatte heftiges Aufstossen, während es zum eigentlichen Erbrechen nicht kam. Pat. liegt Tag und Nacht zu Bett, steht aber auf, um zu Stuhl zu gehen. Der Stuhlgang blieb regelmässig ein- bis zweimal täglich, die Urinmenge war trotz der täglich gleichen Wasseraufnahme sehr schwankend zwischen 200 und 1500 cbcm vom spec. Gew. von 1030—1020. Die Temperatur 36,6° bis 37,5°. Der Puls 70—90 pro Min., meist hart. Das Körpergewicht des Pat. betrug am 1. III. 91 113 Pfd. Ordin: Chinatropfen und zweimal tägl. je 0,01 Morph. subcutan. In der dritten Woche nach seiner Aufnahme steigerte sich die Zahl der Anfälle bis zu 6 Malen am Tage, und die Menge des auf einmal Erbrochenen betrug bis zu 800 cbcm, bestand aus gallig-schleimigen Massen ohne Speisereste. Die Nahrungsaufnahme war während dieser Zeit = 0.

Vom 20. III. an, bis zu welchem Tage des Pat. Gewicht bis auf 103 Pfd. gefallen war, besserte sich der Zustand; das Erbrechen hörte auf, es stellte sich besserer Appetit ein, die Nachtruhe wurde leidlich, das Allgemeinbefinden wurde von Tag zu Tag besser, dieser Fortschritt ging bis zum 9. IV. (Körpergewicht 112 Pfd.).

In der Nacht vom 9. zum 10. IV. wurde Pat. von plötzlichem Angstgefühl und Beklemmungen auf der Brust befallen, starke Kopfschmerzen stellten sich ein, am Tage gesellten sich Brechreiz und Durchfall hinzu, alle diese Beschwerden nahmen stetig zu bis zum 13. IV., wo sie ihren Gipfel in einem heftigsten Brechanfall mit Schmerzen in der Magengegend erreichten. In den folgenden Tagen wiederholten sich die Brechanfälle ein- und mehrmals.

In der Nacht vom 17. zum 18. starkes Herzklopfen und Symptome von Asthma cardiale.

Vom 18. IV. an allmähliche Abnahme der Anfälle.

Am 25. IV. (Körpergewicht 98 Pfd.) hatte Pat. den letzten Anfall. Jetzt trat Tag für Tag fortschreitend eine Besserung ein, Pat. hatte wieder guten Appetit, doch liess der Schlaf zu wünschen übrig, so dass er für einige Wochen neben 0,02 Morph. pro die, allabendlich 1,0 Chloralhydrat bekommen musste. Pat. klagte viel über schmerzhaftes Ziehen in den Gliedern.

Vom 10. V. an, als er schon wieder 109 Pfd. erreicht hatte, verschlechterte sich sein Befinden wieder.

Am 15. V. begannen die Brechanfälle wieder.

Am 17. V. morgens hatte Pat. unmittelbar nach dem Genuss des Kaffees einen äusserst heftigen Anfall. Der Wärter, welcher sich in der Nähe des Pat. befand, wurde plötzlich durch starkes Zähneknirschen auf diesen aufmerksam und bemerkte darauf, dass Pat. bewusstlos da lag. Die Hände waren krampfhaft zur Faust geballt, die Armmuskeln in dauernder Contraction, bei genauerer Beobachtung liess sich ein leichtes Zittern wahrnehmen, welches die oberen Extremitäten durchlief. Die Augen waren fest zugekniffen, und das Gesicht war schmerzhaft verzerrt. Nach Injection von 0,01 Morph. liessen die Krampferscheinungen nach ca. $^1/_4$ Stunde nach, und das Bewusstsein kehrte allmählich wieder. Eine halbe Stunde nach Beginn dieses Anfalls war Pat. wieder ganz bei Bewusstsein, fühlte sich aber äusserst matt.

An den folgenden Tagen stellte sich jeden Morgen um ca. 7 Uhr Erbrechen mit krampfartigen Magenschmerzen ein, dies nahm bis zum 30. V. (Körpergewicht 97 Pfd.) nach und nach ab, und es begann dann wieder eine Periode relativen Wohlbefindens.

Nach 8 Tagen hatte Pat. 12 Pf. zugenommen und die fortschreitende Erholung dauerte bis zum 21. VI. fort. Pat. wog an diesem Tage 115 Pfd.

Am 21. VI. abends ein neuer Anfall, nachdem

sich Pat. den Tag über schon unbehaglich gefühlt hatte. Er wurde plötzlich von extremer Atemnot befallen, hatte das Gefühl als würde er bei der Kehle gefasst und gewürgt. Ein Gefühl der Einschnürung zog sich vom Halse allmählich über die Brust, den Leib hinunter bis auf die unteren Extremitäten, welche dabei starr und steif ausgestreckt wurden. Nach einiger Zeit verschwand das Einschnürungsgefühl wieder, nur um den Leib blieb es. Der ganze Anfall hatte trotz Morphiuminjectionen ca. 1 Stunde gedauert. Das Sensorium war völlig frei geblieben, das Gesicht war schmerzhaft verzogen gewesen, die Lippen fest aufeinander gepresst, von Zeit zu Zeit hatte Pat. laut mit den Zähnen geknirscht. Die Haut des Körpers war auffallend blass, dabei heiss und trocken. In der Nacht konnte Pat. ohne Chloralhydrat gut schlafen, hatte einen starken Schweissausbruch. Am Morgen erwachte er sehr ermattet.

Am 22. VI. machte sich ein Oedem beider Unterschenkel und Füsse bemerkbar, welches, wenn Pat., um zu Stuhl zu gehen aufgestanden war, bedeutend stärker wurde. Ord.: Wickelung der Beine vor jedesmaligem Aufstehen, Atropinpillen gegen die sich wiederholenden Nachtschweisse.

Vom 21. VI. bis 20. VII. hatte Pat. anhaltend reissende Schmerzen in den Extremitäten. Erbrochen hatte er nur einmal am 29. VI. eine geringe Menge galligen Schleims. Der Appetit war leidlich, ebenso auch der Schlaf bei abwechselnder Darreichung von Morphium und Chloralhydrat. Im Urin kein Eiweiss. Körpergewicht am 4. VII. 120½ Pfd. Pat. erfreute sich dieses relativen Wohlbefindens bis zum 20. VII. (Körpergewicht 126½ Pfd.) Da das Oedem der Unterschenkel, sobald die Wickelung fortgelassen wird wiederkehrte, erhielt Pat. Infus Digital. 1,0 : 180,0, worauf dasselbe dauernd schwand.

Am 21. VII. begann wieder eine Periode von gastrischen Krisen. Nach gut verbrachter Nacht bekam Pat. morgens $^1/_2 7$ Uhr, ehe er noch etwas zu sich genommen hatte, Erbrechen. Diesmal ohne eine Aura oder Prodrome, ganz plötzlich mit Übelkeit und Würgen beginnend. Es wurden ca. 200 cbcm gallig gefärbter schleimiger Flüssigkeit entleert von schwach alkalischer Reaction, keine freie Salzsäure, keine Milchsäure enthaltend.

Am 22. VII. wurden wieder grosse Mengen (600 bis 1500 cbcm.) von derselben Beschaffenheit erbrochen. Dabei hatte Pat. Speichelfluss und stärkere ziehende Schmerzen in den Extremitäten und zwischen den Schultern. Die Nächte waren sehr unruhig, der Appetit fehlte ganz. Körpergewicht am 29. VII. $107^1/_2$ Pfd., was eine Abnahme von 19 Pfd. innerhalb 10 Tagen darstellt.

Vom 8. VIII. begann wieder eine Besserung in derselben Weise, wie auch früher. Die Schmerzen in den Extremitäten, namentlich in den Beinen verloren sich jedoch nicht. Pat. hatte häufig Diarrhoe. Die Urinmenge schwankte zwischen 1000 und 2000 cbcm. Vorübergehend zeigte sich auch wieder ein Oedem der Unterschenkel, wenn Pat. etwas länger ausser Bett sich aufhielt, verlor sich aber auch diesmal nach Wickelung der Beine.

Anfang September (Körpergewicht 122 Pfd.) begannen wieder Krisen, welche den Pat. innerhalb dreier Wochen auf 100 Pfd. herunter brachten.

Vom 3. X. an erholte er sich wieder, so dass er am 6. XI. wieder 126 Pfd. wog; er blieb dann bis Mitte December von Krisen verschont, auch die Schmerzen in den Gliedern und das Gürtelgefühl hatten nachgelassen, so dass Pat. täglich ein bis zwei Stunden aufstehen konnte.

Am 16. XII. (Körpergewicht 129 Pfd.) bekam er wieder ganz plötzlich Crises gastriques, begleitet von starker Diarrhoe, Speichelfluss, Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit.

Bis zum 10. I. 92, also in weniger als 4 Wochen verlor er 30 Pfd. Ausserdem wurden die Schmerzen diesmal so quälend, dass Pat. grössere Gaben Morphium (bis 0,12) und Chloralhydrat (bis 3,0) bekommen musste, um Linderung zu haben.

Von Mitte Januar bis zum 17. III. (Körpergewicht 127½ Pfd.) hatte Pat. wieder eine Periode zunehmender Besserung.

Am 18. III. Beginn gastrischer Krisen, nachdem sich einige Tage zuvor bereits Übelkeit und Aufstossen eingestellt hatten. Der Urin wurde diesmal auffallend spärlich: 300 bis 500 cbcm, spec. Gewicht 1036. Die Menge des an einem Tage Erbrochenen betrug durchschnittlich 400 cbcm. Der Puls war mässig beschleunigt, äusserst hart. Temperatur 36,6 bis 37,2. Mit häufigeren Unterbrechungen. zuweilen eine Woche lang ausbleibend, dauerten die Krisen fort bis Ende Mai.

Am 22. V. wurde eine Inunctionskur begonnen, nicht etwa weil ein Verdacht auf Syphilis bei unserem Pat. vorgelegen hätte, sondern mehr experimenti causa, da bis heute von hervorragenden Klinikern die Ansicht vertreten wird, dass bei Tabes dorsalis meist Syphilis als Grundlage anzusehen sei. Es wurden täglich 2,0 Ung. ciner. eingerieben und der scheinbare Erfolg trat auch sogleich auf:

Am 24. V. hörten die Krisen plötzlich auf und Pat. kam von 102 Pfd. am 22. V. bis auf 118½ Pfd. am 28. V. Das relative Wohlbefinden hielt darauf an.

Am 18. VI. Beendigung des ersten Inunctionsturnus.

Am 22. VI. Beginn eines neuen Turnus.

Am 17. VII. waren 100 g. Ung. ciner. verbraucht.

Pat. hatte in dieser Zeit einige Male erbrochen, aber keinen einzigen typischen Anfall gehabt.

Dies ist in der That als ein auffallendes Resultat anzusehen, da Pat. Monate lang vorher mit grosser Regelmässigkeit seine schweren gastrischen Anfälle gehabt hatte, und fast schien es, als ob die von gewisser Seite so sehr empfohlenen Inunctionskuren bei Tabes als specifische Therapie auch hier den tabischen Process günstig beeinflusst hätten. Dass aber der Erfolg nur ein scheinbarer und zweifellos nur der psychischen Beeinflussung einer neuen und mit grosser Wichtigkeit in Scene gesetzten Therapie zu verdanken war, bewies der weitere Verlauf.

Denn Anfang August zeigten sich schon wieder Vorboten neuer gastrischer Krisen, es trat Appetitlosigkeit und Speichelfluss ein, letzterer namentlich nachts, während des Schlafes so stark, dass Pat. frühmorgens beim Erwachen zuweilen den Überzug seines Kopfkissens ganz durchnässt fand, ferner bekam er wieder Brechreiz, häufiges Aufstossen und verstärkte Schmerzen in den Gliedern. Dies zog sich bis zum 24. VIII. hin. (Körpergewicht 130 Pfd.)

Am 25. VIII. hatte Pat. mehrere sehr heftige Anfälle von Erbrechen, er entleerte ca. 1800 cbcm galliger schleimiger Flüssigkeit, hatte mehrere wässerige Stühle. Ordin.: 1,0 Chloralhydrat per Klysma.

Seine Beschwerden dauerten ohne wesentliche Veränderung fort bis zum 19. IX. (Körpergewicht 103 Pfd.)

Am 19. IX. zum letzten Male Erbrechen; darauf besserte sich das Befinden wieder und blieb gut bis Ende December. Während dieser Zeit nahmen die Glieder- und Gürtelschmerzen um den Leib langsam aber stetig zu, frei von Schmerzen war Pat. von nun ab überhaupt nicht mehr. Er erholte sich gleichwohl bei gutem Appetit so, dass er am

24. XII. ein Gewicht von 128 Pfd. erreicht hatte. Von diesem Tage an traten wieder die alten Vorboten kommender Krisen auf.

Am 28. XII. begannen diese mit einer Heftigkeit, wie sie Pat., so lange er sich in der Charité befindet, noch nicht gehabt hatte. Er konnte während dreier Wochen gar nichts zu sich nehmen, darauf wurde der Zustand etwas erträglicher indem zwischen den einzelnen Anfällen zuweilen mehrere Ruhetage sich befanden. Abgesehen von diesen Unterbrechungen aber dauerten die Krisen fort bis zum Anfang März (Körpergewicht am 10. I. 93 $104^1/_2$ Pfd., am 20. II. 110 Pfd., am 4. III. 99 Pfd.).

Am 21. IV. wurde bei dem Pat. nach dem Vorgang von Halipré und Tariel mit Injectionen von neutralem Glycerin begonnen. Pat. erhielt wöchentlich zweimal 5 g einer neutralen Glycerinlösung von 1 : 3 in den Oberschenkel injiciert. Anfangs schien auch Erfolg einzutreten, aber ehe er noch 30 Injectionen erhalten hatte, stellten sich am 8. VI. Crises gastriques wieder ein. Die anfängliche Wirkung dieser Glycerinkur war also auch nur eine scheinbare. Dass sie psychischen Einfluss gehabt hat, ist nicht zu bestreiten, auf die Tabes selbst ist sie aber ebenso wirkungslos gewesen, wie zuvor die Quecksilberkur.

Vom 24. VI. an begann wieder eine Zeit der Besserung mit Gewichtszunahme, besserem Appetit und guter Nachtruhe.

Am 18. VII. traten wieder Crises gastriques in der alten Weise auf. Pat. wurde diesmal in Bezug auf Morphium mit Suggestion behandelt, d. h. er bekam tägl. 4 Spritzen, von denen aber nur eine 0,01 M. enthielt, während die drei übrigen Aq. amygdal. waren. Pat. war keinen grösseren Schmerzen ausgesetzt als sonst zur Zeit der Anfälle, auch hat er diesmal den

Appetit nicht ganz verloren und im ganzen wenig erbrochen. In den ersten Nächten war der Schlaf gering, er erhielt dagegen einige Male Chloralhydrat, schlief aber auch ohne dieses während der übrigen Zeit leidlich. Sein Körpergewicht, welches am 8. VI. 124 Pfd. betragen hatte, war bis zum 24. VIII. auf 103 Pfd. gefallen.

In diesem steten Wechsel zwischen relativem Wohlbefinden und gastrischen Krisen lebt Pat. bis zum heutigen Tage fort.

Im ganzen ist sein Zustand seit er sich im Krankenhause aufhält, schlechter geworden. Augenblicklich befindet er sich im Übergang vom ataktischen zum paraplegischen Stadium. Während er vor 2 Jahren sich noch ganz leidlich mit Hilfe eines Stockes fortbewegen konnte, so ist er heute nur mit Unterstützung von Seiten anderer Personen imstande zu gehen und zu stehen. Die Muskeln der Extremitäten sind noch atrophischer geworden, trotzdem Pat. regelmässig zweimal wöchentlich elektrisiert wird. Die Paraesthesien, Anaesthesien und Analgesien sind stärker geworden, das Gürtelgefühl um den Leib, sowie die lancinierenden Schmerzen in den Extremitäten und im Rücken verlassen den Pat. jetzt überhaupt nicht mehr ganz. Die Bewegungen der Arme beginnen auch bereits unsicher zu werden, die Ataxie hat also auch schon diese befallen. Die Urinmenge und das spec. Gewicht schwanken an den verschiedenen Tagen, wie auch früher oft sehr erheblich. Eiweis erhält der Urin nicht. Pat. hat seit ca. $1^1/_2$ Jahren keine Erectionen mehr. Die Pupillen reagieren weder auf Lichteinfall noch auf Accommodation. Im übrigen ist der Status derselbe geblieben, wie bei der Aufnahme in die Klinik.

Dasjenige Symptom, welches die Krankengeschichte dieses ausserordentlich bemerkenswerten Falles von

Tabes dorsalis vollkommen beherrscht, sind die schweren Anfälle von Crises gastriques; welche dem Pat. unverhältnismässig mehr Beschwerden verursachen, als die rein tabischen Erscheinungen und welche die Prognose dieses Falles zu einer sehr ungünstigen machen, indem sie die Kräfte des Pat. allmählich consumieren und voraussichtlich die eigentliche Todesursache abgeben werden. Es sind in der Litteratur Fälle bekannt, in denen nur die Consumption der Kräfte durch gastrische Krisen ad exitum geführt hat. Ich möchte hier auf einen der frappantesten kurz hinweisen, der gleichfalls auf der I. med. Klinik behandelt wurde. Leyden selbst hat denselben gelegentlich folgendermassen geschildert. „Es war ein Kellner mit Namen K., der zuerst in meine Klinik kam mit Icterus und Erbrechen; ich habe damals gleich die Diagnose gestellt auf Crises gastriques, aber zunächst ohne Tabes. Pat. verliess nach einigen Wochen als geheilt das Spital, kam aber nach einem halben Jahr wieder mit deutlichen Symptomen einer Tabes incipiens: Die Crises gastriques waren jetzt und später von einer Heftigkeit, wie ich sie überhaupt nicht für möglich gehalten hatte: Tagelang brach Pat., wimmerte, schrie, warf sich umher und tobte; Pat. musste natürlich Morphium bekommen, er hielt es sonst nicht aus, schliesslich hat es es selbst verschmäht — er sagte, es würde immer schlimmer danach. Wir haben uns darauf beschränken müssen, den Pat. den Schmerz austoben zu lassen und ihn in der Zwischenzeit zu ernähren. Er hatte wochenlange Pausen, aber die Anfälle kehrten dann mit gleicher Heftigkeit wieder. Bemerkenswert war, dass die tabischen Erscheinungen sehr gering waren. Wir hatten ihn mit grosser Sorgfalt aufgefüttert, er hatte schon über 20 Pfund zugenommen, und fühlte sich so kräftig, dass er die Charité verlassen wollte — da fing er auf einmal wieder an abzumagern

er wurde schlaff, obzwar die Anfälle gar nicht so häufig waren. Eines Tages sagte er, er wolle definitiv das Krankenhaus verlassen, aber schon am folgenden Tage ist er gestorben an einer Art Synkope. Die Autopsie ergab geringfügige tabische Degenerationen des Rückenmarks."

Was die Krisen selbst betrifft, so kann man nach Eulenburg zwei Typen unterscheiden. Der erste Typus ist der, in dem die Krisen langsam beginnen, sich vorher ankündigen. Der Pat. fühlt sich erst einige Tage unbehaglich, er verliert den Appetit, die Glieder- und Gürtelschmerzen werden intensiver, darauf tritt Brechneigung ein sowie Aufstossen und Oppressionsgefühl auf der Brust, bis schliesslich nach einigen Tagen alle diese Beschwerden sich soweit gesteigert haben, dass ein Anfall erfolgt. Dem ersten folgen dann bald weitere, nach einiger Zeit nehmen sie dann allmählich, wie sie begannen, auch wieder ab. Bei dem zweiten Typus, den Eulenburg zuerst beobachtet hat, beginnen die Krisen ganz plötzlich, wie dies auch bei meinem Pat. in auffallender Weise bei den im Anfang Juni 1893 stattgehabten Anfällen eintrat. Nach dem Genuss des Morgenkaffees oder irgend einer ganz indifferenten Speise stellt sich plötzlich Erbrechen ein. Merkwürdig ist, dass auch in diesen Fällen nur grüngalliger Schleim entleert zu werden pflegt und niemals Teile der ebengenossenen Speise. Während die allmählich beginnenden Krisen zuweilen Monate lang mit nur geringen Unterbrechungen anzuhalten pflegen, dauern die zuletzt geschilderten gewöhnlich nur kürzere Zeit an. Plötzlich, wie sie gekommen, verschwinden sie. Darauf stellt sich lebhafter Appetit ein, alle Speisen werden gut vertragen und die Pat. kommen solcher Art schnell wieder zu Kräften. Eigentümlich ist in meinem Fall, dass beide Typen bei demselben Individuum vorkommen; zuweilen beginnen die Krisen allmählich, zuweilen plötzlich.

Sobald unser Pat. in eine Periode von Krisen eingetreten ist, verliert er rapid an Körpergewicht. Die folgende Tabelle giebt die grössten Zu- und Abnahmen, die er innerhalb einer Woche gehabt hat, an.

Vom	17.	V.	bis	24.	V.	91	kam Pat. von	107	Pfd.	auf	98	Pfd.	= —	8 Pfd.
-	30.	V.	-	6.	VI.	-	- - -	97	-	-	109	-	= +	10 -
-	18.	VII.	-	24.	VII.	-	- - -	126	-	-	112	-	= —	14 -
-	19.	IX.	-	26.	IX.	-	- - -	122	-	-	102	-	= —	10 -
-	10.	X.	-	17.	X.	-	- - -	100	-	-	112	-	= +	12 -
-	13.	XII.	-	19.	XII.	-	- - -	129	-	-	114	-	= —	15 -
-	12.	III.	-	19.	III.	92	- - -	127	-	-	117	-	= —	10 -
-	21.	V.	-	28.	V.	-	- - -	132	-	-	118	-	= +	16 -
-	20.	VII.	-	27.	VII.	-	- - -	130	-	-	120	-	= —	10 -
-	24.	XII.	-	31.	XII.	-	- - -	128	-	-	113	-	= —	15 -
-	4.	III.	-	11.	III.	93	- - -	99	-	-	111	-	= +	12 -
-	8.	VI.	-	15.	VI.	-	- - -	124	-	-	111	-	= —	13 -
-	8.	IX.	-	15.	IX.	-	- - -	104	-	-	117	-	= +	13 -

Da die Wasseraufnahme jederzeit annähernd gleich war und nach einer angestellten Bilanz oft geringer als die Abgabe, so können die grossen Differenzen innerhalb so kurzer Zeit nicht allein auf Kosten des Eiweissverbrauches, sondern müssen auch auf directe Wasserabgabe aus dem Gewebe gerechnet werden.

Wenn Pat. das Gewicht von 120—130 Pfd. nach einer ruhigen Zeit erreicht hat, dann weiss er stets schon selbst, dass ihm nun wieder eine Zeit der Qual durch die gastrischen Krisen bevorstehe. Es ist daher auch versucht worden, durch die Diät auf sein Körpergewicht einzuwirken, indem er möglichst feste Nahrung erhielt, damit es seine kritische Höhe nicht so schnell wieder erreiche, aber umsonst; Pat. nahm zur Zeit seines Wohlbefindens stets rasch zu, indem dann eine grössere Retention von Flüssigkeit im Körper stattgefunden haben muss. Ausserdem ist es sehr schwer eine derartige Diät zweckmässig einzurichten, denn wenn man durch dieselbe eine Zunahme des Gewichts verhindern will, so ist die

Gefahr sehr gross, den Pat. von Kräften zu bringen und in einer kräftigen Ernährung besteht die hauptsächlichste Therapie der Crises gastriques. Gerade Leyden hat eindringlichst darauf hingewiesen, dass das Hauptaugenmerk des Arztes darauf gerichtet sein soll, den Kranken in einen Stand zu setzen, der ihn die Krisen möglichst lange überstehen lässt. „Vorübergehend", sagt Leyden, „kann man die gastrischen Krisen mit Morphium und ähnlichen Mitteln beschwichtigen, die Patienten sind für die Erleichterung äusserst dankbar; wenn der Anfall vorüber ist, geht es ihnen wieder gut, sie sind sehr glücklich, aber leider kommen die Anfälle nach einiger Zeit immer wieder, werden häufiger und heftiger, die Patienten kommen herunter, werden mutlos und schlaff und gehen dem Tode entgegen. Giebt man in den heftigen Fällen dem Verlangen nach Morphium unbegrenzt nach, so ist der Pat. verloren. Ich bin deshalb mit der Anwendung narkotischer Mittel ausserordentlich zurückhaltend geworden. Handelt es sich um mässige Anfälle, so ist die Sache nicht so schlimm; wenn sie sich aber häufen, dann ist es diejenige Complication, welche nach meiner Erfahrung hauptsächlich das Leben gefährdet, und ich kenne eine ganze Reihe solcher Patienten, welche infolge dieser Crises gastriques an allmählicher Abmagerung zu Grunde gingen". Diesem hier ausgesprochenen Grundsatze zu Folge, wurde mein Pat. wie schon oben erwähnt vom Morphium in gewisser Weise entwöhnt. Er bekam seine 4 Spritzen pro Tag, von denen nur eine 0,01 M. enthielt, und es zeigte sich, dass bei einer Krankheit wie Tabes, mit so schweren anatomischen Veränderungen Suggestion auch nicht Unbeträchtliches vermag. Pat. bekommt diese Dosis Morphium bis zum heutigen Tag fort und er klagt weder über stärkere Schmerzen noch sind die gastrischen Krisen durch diese Oekonomie stärker geworden.

Ich möchte in dieser Beziehung noch eines anderen Falles aus Leyden's Praxis gedenken. Leyden sagt selbst darüber: „Als ich diesen Pat. zum ersten Mal im M. 1872 besuchte, befand er sich in einem höchst desperaten Zustand, so dass die Familie fast stündlich den Tod erwartete. Dieser schlimme Zustand war dadurch bedingt, dass der Pat., ein exquisiter Tabiker, infolge der neuralgischen Schmerzen Morphinist geworden war. Man befand sich in der grössten Erregung, da die Schmerzen fortdauernd Injectionen nötig machten. Ich riet zur Entwöhnung vom Morphium, welche nur unter der grössten Anstrengung, unter den schwersten Erscheinungen zustande kam. Wir haben ihm das Morphium abgewöhnt, indem wir ihm die Idee beibrachten, das Morphium schade ihm nur, es mache ihm die Schmerzen immer ärger, wir spritzten andere Substanzen ein, welche ihm die Überzeugung beibrachten, dass das Morphium nicht mehr wirke. In Zeit von 6 Wochen ist der Pat. vom Morphium entwöhnt worden und ist es bis heute geblieben. Zwanzig Jahre sind seither verflossen, Pat. hat sein Geschäft dauernd geführt, seine Familie ernährt, hat noch mehrere Kinder gezeugt". Dieser Tabiker ist durch die Entwöhnung vom Morphium dem sicheren Tode entrissen worden. Und von meinem Pat. Matschke kann ich wohl auch sagen, dass er nur durch die mit grosser Umsicht und Vorsicht und dabei mit aller Energie geleitete Ernährung, sowie die segensreiche Oekonomie in der Darreichung von Narkoticis dem Leben erhalten worden ist.

Aus der Anamnese des Falles geht hervor, dass Pat. nunmehr seit 20 Jahren an seinen gastrischen Krisen leidet. Obgleich in den ersten 11 Jahren von tabischen Symptomen sich nicht die geringste Spur gefunden zu haben scheint, so ist doch anzunehmen, dass die „Magenkrämpfe" von vornherein nervöser i. e.

tabischer Natur gewesen sind und die tabische Erkrankung eingeleitet haben, denn eine functionelle Magenerkrankung ist bis zum heutigen Tage nicht nachweisbar, während die tabischen Symptome zwar langsam aber stetig Fortschritte gemacht haben.

Dass gerade die gastrischen Krisen häufig als erstes Anzeichen späterer schwerer tabischer Erkrankung auftreten können, ist eine Erfahrung, zu der man durch die sorgfältigen Beobachtungen der letzten Jahre mehr und mehr geführt wird. In der Litteratur finden sich viele eclatante Fälle veröffentlicht. Strümpell kennt mehrere Tabeskranke, bei welchen im Anfange ihrer Erkrankung infolge der heftigen gastrischen Krisen fälschlicher Weise ein schweres Magenleiden diagnosticiert wurde. Raynaud berichtet über Fälle von Crises gastriques und nephritiques bei Tabeskranken, in denen er beobachtet hat, dass letztere erst viel später oder gar nicht in das ataktische Stadium eingetreten sind, wo also die Erscheinungen von Seiten der inneren Organe bei weitem das erste Symptom der Tabes bildeten. Werner beschreibt einen Fall von Tabes aus der Leyden'schen Klinik, in dem gleichfalls die gastrischen Krisen als Initialsymptom auftraten. Ebenso schildert Zippert einen solchen aus der Senator'schen Klinik, welcher mit Hysterie compliciert war, bei dem auch die gastrischen Krisen das erste Symptom bildeten. Auch andere Organkrisen sind beobachtet worden als Frühsymptom der Tabes, am häufigsten aber die gastrischen.

Bei der Beurteilung derartiger Zufälle periodischen Erbrechens ohne sichere Zeichen beginnender Tabes muss allerdings mit grösster Vorsicht verfahren werden. Es wäre falsch, immer mit Bestimmtheit Tabes annehmen zu wollen, selbst wenn daneben Verlangsamung irgend eines Reflexes z. B. des Pupillarreflexes besteht, denn es giebt andere Erkrankungen bei denen sich

gastrische Erscheinungen finden, die genau den Crises gastriques bei Tabes gleichen. Bei Hysterie und Neurasthenie einer- und bei Morphinismus und bei Saturnismus andererseits, sind solche mehrfach beobachtet worden. Die Diagnose kann also nie sicher gestellt werden, ehe sich nicht bestimmte Symptome von Seiten des centralen Nervensystems den gastrischen Symptomen zugesellen. Zur Illustration möchte ich zwei Fälle, die ich gleichfalls auf der Leyden'schen Klinik gesehen habe, noch kurz erwähneu. Im ersten handelte es sich um einen 27 jährigen Lackierer, welcher hereditär nicht belastet, nicht Alkoholist, nicht syphilitisch ist. Im Jahre 1888 hatte er zum ersten Mal Bleikolik, im folgenden und drittnächsten Jahre wieder; er wurde jedesmal 4 bis 6 Wochen lang im Krankenhaus behandelt. Zum vierten Male erkrankte er Pfingsten 1892. Jedoch folgte diesem Anfall sehr bald ein neuer und diesem wieder ein neuer, sodass Pat., der in den Zwischenzeiten immer wieder gearbeitet hatte, sich auf mehrere Monate ins Spital begeben musste. Er ging im Januar 1893 gebessert heraus, musste aber im Juni wieder sich in Behandlung geben. Er wurde in die Leyden'sche Klinik aufgenommen. Bei der damaligen Untersuchung fanden sich die Symptome einer Bleiintoxication: Bleisaum am Zahnfleisch, Koliken, Appetitlosigkeit, bleiche Gesichtsfarbe, träge Pupillenreaction etc. — Lähmungen und Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden. Pat. behauptete aber früher Lähmungen der Extensoren an den Händen und Füssen gehabt zu haben. Damals lautete die Diagnose auf Bleikolik. Die Brechanfälle wiederholten sich anfangs täglich, dann wurden sie wieder zeitweise geringer, schwanden aber nicht. Der Bleisaum verlor sich allmählich, dafür trat aber halbseitige Patellarreflexlähmung und reflectorische Pupillenstarre beiderseits dazu, ausserdem hat Pat. eine Abnahme seiner Potenz beobachtet.

Nunmehr unterlag es keinem Zweifel, dass es sich bei dem Patienten um eine Tabes incipiens handelte und dass die Magenkrisen demzufolge wohl auch tabischer Natur gewesen waren. Allerdings ist es schwer zu sagen, wie weit die allerersten Magensymptome, das Erbrechen etc. auf Kosten der Bleikoliken zu setzen sind und von wann an man sie als gastrische Krisen ansehen soll.

Der andere Fall betrifft einen 44 jährigen Stubenmaler, der gleichfalls mehrere Male an Bleikolik erkrankt war und wegen eines solchen Anfalls im Juli in die Charité aufgenommen wurde. Er hatte einen deutlichen Bleisaum, etwas herabgesetzte Patellarreflexe, ungleiche Pupillen und Brechanfälle ganz ähnlich den Crises gastriques. Bei diesem verlor sich auch allmählich der Bleisaum, die Patellarreflexe schwanden ganz, die Ungleichheit der Pupillen blieb bestehen und es gesellte sich reflectorische Starre hinzu und damit war dann erst die Diagnose der Tabes sicher, wofür der Verdacht allerdings schon bei seiner Aufnahme sehr nahe gelegen hatte.

In gleicher Weise können periodische Brechanfälle sich wiederholen bei Morphinisten. Durch die Untersuchungen von Hitzig, Burkart, Alt u. A. ist es erwiesen, dass durch das in den Magen ausgeschiedene Morphium Erbrechen erzeugt wird. Dazu kommt, dass Morphiophagen sehr häufig träge Pupillenreaction, Unsicherheit des Ganges ähnlich der Ataxie darbieten; daher ist es oft schwer, die Differentialdiagnose gerade hier zu stellen. Ebenso könnten die Brechanfälle hysterischer und neurasthenischer Personen die Diagnose erschweren, zumal bei beiden, namentlich bei Hysterischen sich Lähmungen gar nicht selten finden. Bei der Schwester des Patienten Matschke haben nach seiner Aussage genau dieselben periodisch wiederkehrenden Brechanfälle bestanden, wie bei ihm selbst, sie haben sich aber mit der Verheiratung

verloren, daher lässt sich die Annahme verteidigen, dass sie hysterischer Natur gewesen sind. Schwerer ist schon zu entscheiden, was bei der Mutter vorgelegen hat. Von dieser giebt Pat. an, dass sie dieselben Brechanfälle in genau derselben Weise bis an ihren Tod gehabt habe über 30 Jahre hindurch. Ob es sich hier auch um eine Hysterie oder vielleicht um eine Tabes, bei der nur dies eine Frühsymptom der Cr. gastr. sich gezeigt hat, oder nur um irgend ein chron. Magenleiden gehandelt hat, wage ich nicht zu entscheiden. Auffällig ist nur die scheinbare Heredität der gastrischen Erscheinungen. In der Litteratur ist bisher nichts bekannt von hereditärer Tabes, die ein Analogon der Friedreich' schen Ataxie bilden würde, bei der speciell die gastrischen Krisen als Frühsymptom sich vererben. Ich erwähne dies daher auch hier am Schlusse ganz nebenher, denn um was es sich hier bei der Mutter dieses Patienten in Wirklichkeit gehandelt hat, ist bei den mangelhaften Angaben jetzt nicht zu entscheiden.

Wenn wir zum Schlusse ganz kurz resumieren, so sind es drei Punkte, die ganz besonders ins Auge springen:

1. Der Fall Matschke beweist von neuem, dass die gastrischen Krisen als das bei weitem erste Symptom einer späteren Tabes dorsalis auftreten können.

2. Die beiden Fälle, in denen es sich anfangs um Bleikolik handelte, weisen darauf hin, dass man mit der Beurteilung periodisch wiederkehrender Brechanfälle äusserst vorsichtig sein muss, und die Diagnose der Tabes erst dann als sicher gestellt ansehen darf, wenn irgend ein bestimmtes, auf eine Affection des centralen Nervensystems hindeutendes Symptom, wie in unseren Fällen die reflectorische Pupillenstarre resp. die Patellarreflexlähmungen, sich den gastrischen Erscheinungen hinzugesellen.

3. Die einzige Therapie, die imstande ist, einen Tabiker mit Crises gastriques möglichst lange dem Leben zu erhalten, ist eine zweckmässige kräftige Ernährung neben einer möglichst sparsamen Darreichung von Morphium. Vorteilhaft unterstützt werden kann diese Therapie durch Suggestion; denn nur darauf sind die guten Frfolge im Beginn der Mercurialkur sowohl wie der Glycerinkur zu beziehen, das bewies das schnelle Wiederauftreten der gastrischen Krisen noch ehe die Kuren beendet waren.

An dieser Stelle erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Leyden für die gütige Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser Arbeit, dem Assistenten der ersten med. Universitätsklinik zu Berlin, Herrn Oberarzt Dr. Bein für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Duchenne, De l'ataxie locomotrice progressive. Arch. génér. de Méd., 1858 u. 1859.

Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1851, 1. Abth., 3.

Topinard, De l'ataxie locomotrice et en particulier de la maladie appelée Ataxie locom. progress. Paris 1864.

Delamarre, Des troubles gastriques dans l'ataxie locom. Thèse 1866.

Fournier, De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Les annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1882.

Dubois, Étude sur quelques points de l'histoire de l'ataxie, 1868.

Eulenburg, Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten, 1871 und 1878.

Friedreich, Über degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge, 1861. Virchow's Arch. XXVI.

Vulpian, Legons sur les maladies de la moelle, 1879.

— Maladies du système nerveux.

Erb, Die Krankheiten des Rückenmarks, 1878.

Leyden, Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge. Virchow's Arch. XXXI, 1.

— Klinik der Rückenmarkskrankheiten, 1874—1876.

— Über Anfälle von periodischem Erbrechen etc. Zeitschrift für klin. Medicin, IV, 1882.

— Vortrag in der Hufeland'schen Ges. Berlin. klin. Wochenschr., No. 17 u. 18, 1892.

Strümpell, Lehrbuch der spec. Pathol. u. Therapie d. inn. Krankh., 1885, II. 1, Krankh. d. Nervensystems.

Westphal, Zur Diagnose der Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks. Arch. für Psychiatrie, Bd. VIII.

Bracht, Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. Diss. Berlin, 1869.

Raynaud, Des crises nephritiques dans l'ataxie locomotrice progressive. Arch. général, 1876.

Halipré u. Tariel, Semain méd., 1893, No. XII. Über die Wirkung subcutaner Injectionen von neutralem Glycerin bei Hemiplegie und Tabes.

Werner, Gastrische Krisen als Initialsymptom einer Tab. dors., 1889.

Zippert, Ein mit Crises gastriques beginnender Fall von Tab. dors. compliciert durch Hysterie, 1889.

Burkart, Wesen und Behandlg. der chron. Morphiumvergiftg., 1884.

Hitzig, Über Abstinenzerscheinungen bei Morphinismus.

Thesen.

I.

Die subcutane Tenotomie ist möglichst zu vermeiden.

II.

Eine reichliche Darreichung von Morphium bei Crises gastriques ist unzweckmässig.

III.

Bei Prolapsus bezw. Descensus uteri ist die Kolporrhaphie der Pessarbehandlung meist vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, L. W. Franz Roestel, evangelisch, wurde geboren am 21. Januar 1869 zu Wien als Sohn des daselbst verstorbenen Kaufmanns Franz Roestel. Bis zu seinem 10. Lebensjahre besuchte er die Schule in seiner Vaterstadt. Im Jahre 1879 siedelte seine Mutter nach dem Tode ihres Gatten mit ihrer Familie nach Charlottenburg über. Verfasser besuchte von dort aus das Kgl. Joachimsthalsche Gymnasium zu Berlin, später das städtische Gymnasium zu Waren in Mecklenburg, wo er im September 1889 das Zeugnis der Reife erhielt. Er studierte darauf das Wintersemester 1889/90 zu Leipzig, im Sommer 1890 zu Freiburg i. B., die folgenden 3 Semester zu Berlin, wo er im Wintersemester 1891/92 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommer 1892 studierte er in Zürich und kehrte zum Winter 1892/93 wieder nach Berlin zurück, um daselbst sein medicinisches Studium zu vollenden. Hier bestand er am 13. Juli 1893 das Tentamen medicum, am 19. Juli das Examen rigorosum.

Seine Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten: v. Bardeleben, Bein, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Braune (†), Credener, Eichhorst, B. Fränkel, Frentzel, Gusserow, Hertwig, Hildebrandt, His, v. Hofmann (†), Israel, Klemperer, Kossel, Krönlein, Kundt, Langerhans, Leuckart, Leyden, Liebreich, Mendel, Oestreich, Olshausen, Pinner, Rubner, Schweigger, Senator, Sonntag, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Wyder.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.